

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación: _____
 Nombre del caso : _____
 Número : _____
 Nombre del trabajador : _____
 Número : _____
 Teléfono : _____
 Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

_____, a partir de _____, reduciremos la asistencia monetaria para su familia de \$ _____ a \$ _____. La asistencia monetaria se discontinuará para usted.

Reduciremos la asistencia monetaria para su familia porque usted no tuvo un motivo justificado para no hacer lo que acordó hacer en el plan de cumplimiento que firmó. Usted acordó hacer lo siguiente:

_____.

No pagaremos transporte ni gastos relacionados con el empleo o entrenamiento mientras que usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Es posible que paguemos cuidado de niños si usted trabaja o asiste a la escuela.

CÓMO VOLVER A RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA

Usted puede volver a recibir asistencia monetaria si es elegible para recibirla y se comunica con el Condado y les dice que usted quiere volver a recibir asistencia monetaria; luego hace lo que el Condado pida.

PARA COMUNICARSE CON EL CONDADO SOBRE CÓMO VOLVER A RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA, LLAME AL _____.

Es posible que el otro de los padres de familia, _____, también vuelva a recibir asistencia monetaria si él/ella es elegible para recibirla y se comunica con el Condado y les dice que él/ella quiere volver a recibir asistencia monetaria; luego hace lo que el Condado pida.

¿NECESITA ASISTENCIA LEGAL GRATUITA? Puede recibir asistencia gratuita con este problema de:

Oficina local de asesoramiento legal: () _____

Organización estatal para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública: () _____

Estampillas para comida: Si el no cumplir con los requisitos del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WTW*) también ocasiona una sanción con respecto a las estampillas para comida, es posible que no pueda recibirlas. Si hay alguna sanción con respecto a las estampillas para comida, usted recibirá otra notificación que le indique el período durante el cual serán discontinuadas.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes.
 CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños): MPP (Manual de Prácticas y Procedimientos), Sección 42-712 (exenciones); 42-713 (motivo justificado); 42-721 (falta de cumplimiento y motivo justificado).
 Programa de Estampillas para Comida: MPP, Sección 63-407.521.

Cantidad mensual de asistencia monetaria para el período de _____ a _____.

Sección A. Ingresos contables

Total de ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia	..	\$	_____
Gastos del trabajo por cuenta propia:			
a. Estándar del 40%	.....	-	_____
O			
b. Gastos verdaderos	.....	-	_____
Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia	.....	=	_____
Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros)	.....	\$	_____
Deducción de \$225	.....	-	_____
Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad no exentos	.....	=	_____
O			
cantidad que no se usó de la deducción de \$225	.....	=	_____
Total de ingresos ganados	.....	\$	_____
Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia (de la parte de arriba)	.....	+	_____
Subtotal	.....	=	_____
Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 (de la parte de arriba)	.....	-	_____
Subtotal	.....	=	_____
Deducción del 50% por los ingresos ganados	.....	-	_____
Subtotal	.....	=	_____
Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad no exentos (de la parte de arriba)	.....	+	_____
Otros ingresos no exentos (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros)	.....	+	_____
		+	_____
		+	_____
Ingresos netos contables	.....	=	_____

Sección B. Su asistencia monetaria

1. Asistencia máxima para _____ personas (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros)	.....	\$	_____
2. Necesidades especiales (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros)	.....	+	_____
3. Ingresos netos contables de la Sección A	.....	-	_____
4. Subtotal	.....	=	_____
5. Asistencia máxima para _____ personas (sólo la unidad de asistencia) (excluyendo a personas sujetas a la regla sobre el MFG [pago máximo que una familia puede recibir] y personas que han sido sancionadas)	.....	\$	_____
6. Necesidades especiales (unidad de asistencia solamente)	.....	+	_____
7. Subtotal de asistencia máxima	.....	=	_____
8. Subtotal de asistencia del mes completo para el período (la cantidad de la línea 4 ó 7, la que sea menor)	.....	=	_____
9. Línea 8 prorrateada para parte del mes	.....	=	_____
10. Ajustes: Sanción del 25% por mantenimiento de hijos	.....	-	_____
Pago excesivo	.....	-	_____
Sanción de Cal Learn*	.....	-	_____
Cantidad adicional (<i>bonus</i>) de Cal Learn*	.....	+	_____
11. Cantidad mensual de asistencia monetaria para el período (línea 8 ó 9 después de los ajustes)	.....	=	_____
12. Cantidad actual de asistencia monetaria (si esta cantidad es más que el #11, su asistencia monetaria no cambiará)	.....	=	_____

